

Santos TCR, Roseira CE, Piai-Morais TH, Figueiredo RM. Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. Rev Gaúcha Enferm. 2014 mar;35(1):70-77.
<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.40930>

70

ARTIGO
ORIGINAL

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM AMBIENTE HOSPITALAR: USO DE INDICADORES DE CONFORMIDADE

Thaíne Cristina Romualdo dos SANTOS^a, Camila Eugenia ROSEIRA^b,
Thaís Helena PIAI-MORAIS^c, Rosely Moralez de FIGUEIREDO^d

RESUMO

Estudo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa, cujo objetivo foi avaliar, por meio de indicadores, a frequência e a infraestrutura para a higienização das mãos, além do conhecimento da equipe de enfermagem sobre o tema. Realizou-se, em um hospital do estado de São Paulo, Brasil, observação sistematizada das atividades rotineiras dos 33 profissionais (enfermeiros e técnicos) participantes e aplicação de questionário individual sobre o tema. Foram identificadas 1206 oportunidades de higienização das mãos, sendo efetiva em apenas 481 (39,9%) delas. Em nenhuma oportunidade foi utilizada solução alcoólica. O indicador de infraestrutura para higiene das mãos esteve próximo do valor ideal (83,3%). Os profissionais relataram alta frequência de higienização das mãos, demonstrando conhecimento acerca da sua importância, porém contrariando os achados da observação. Concluiu-se que, apesar da infraestrutura adequada, a higienização das mãos esteve aquém do esperado, sendo necessárias ações e estratégias de superação dessas barreiras e ampliação do uso de solução alcoólica.

Descritores: Higiene das mãos. Infecção hospitalar. Equipe de enfermagem.

RESUMEN

Estudio exploratorio-descriptivo, cuantitativo, que objetivó evaluar, utilizando indicadores, la frecuencia y la infraestructura para la higiene de las manos y los conocimientos del equipo de enfermería acerca del tema. Occurrió en un hospital en el estado de São Paulo, Brasil, donde se observó sistemáticamente las actividades diarias de 33 técnicos y enfermeros, y se aplicó cuestionario individual. Fueron identificadas 1206 oportunidades para la higiene de las manos, siendo efectivo en sólo 481 (39,9%) de ellos. No hubo uso de solución alcohólica. El indicador de infraestructura fue cercana al valor ideal (83.33%). Los profesionales informaron la alta frecuencia de higiene de las manos demostrando conocer su importancia, contrariamente a los datos de la observación. Se concluyó que, a pesar de una infraestructura adecuada, higiene de las manos fue menor de lo esperado, requiriendo acciones y estrategias para superar estas barreras y expandir el uso de la solución alcohólica.

Descriptores: Higiene de las manos. Infección hospitalaria. Grupo de enfermería.

Título: Higiene de las manos en el hospital: uso de indicadores de cumplimiento.

ABSTRACT

An exploratory descriptive study with a quantitative approach whose objective was to use indicators to evaluate the frequency and infrastructure for hand hygiene, as well as the nursing team's knowledge about the subject. Systematized observation was carried out at hospital in the state of São Paulo, Brazil of the routine activities of 33 participating professionals (nurses and technicians) as well as the application of an individual questionnaire about the subject. 1206 opportunities for hand hygiene were identified, though it was effected in only 481 (39.9%) of them. Alcohol solution was not used at any opportunity. The infrastructure indicator for hand hygiene was close to the ideal value (83.3%). The professionals reported a high frequency of hand hygiene, demonstrating knowledge in relation to its importance, yet contradicting the findings of the observation. It was concluded that, despite the adequate infrastructure, hand hygiene was below that expected, requiring actions and strategies to overcome these barrier and increase the use of alcohol solution.

Descriptors: Hand hygiene. Hospital infection. Nursing team.

Title: Hand hygiene in hospital environments: use of conformity indicators.

a Enfermeira, graduada na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos/SP, Brasil.

b Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela UFSCar, São Carlos/SP, Brasil.

c Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela UFSCar, São Carlos/SP, Brasil.

d Enfermeira, Professora Doutora no Departamento de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar, São Carlos/SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A equipe de enfermagem está exposta a diferentes riscos ocupacionais, sendo o risco biológico o mais frequente⁽¹⁾. Assim como os profissionais, os pacientes também são expostos a estes riscos durante a assistência, sendo as infecções decorrentes desta, um grave problema de saúde pública⁽²⁾. As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) podem aumentar a resistência aos antibióticos, prolongar a hospitalização, elevar os custos para o sistema de saúde, paciente e familiares, e ainda causar a morte⁽³⁾.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) têm unido esforços para a implantação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Essa aliança, criada em 2004, estabeleceu seis metas internacionais de segurança, sendo a redução das IRAS, uma delas. A fim de atingir essa meta, para o biênio 2005-2006, foi lançado o Primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente intitulado como “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura”, visando a prevenção e a redução da incidência e da gravidade das IRAS⁽⁴⁻⁵⁾. Esta proposta ainda apresenta impacto na prática clínica atual em diferentes serviços. Neste contexto, aponta-se a higienização das mãos (HM) como uma estratégia que deve ser promovida e incentivada nos serviços de saúde, por ser uma medida simples e efetiva^(4,5).

As mãos são estruturas corporais muito utilizadas no contato direto com o paciente, sendo o principal meio de transmissão de microrganismos. Dessa forma, a não adesão à HM compromete a qualidade e segurança da assistência prestada⁽⁶⁾. Para que haja a ruptura dessa cadeia de transmissão é necessária a adoção de normas básicas de higiene no ambiente hospitalar, sendo a HM a de maior impacto⁽⁷⁾. Assim, são recomendados alguns momentos para a HM, são eles: antes e após o contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após a exposição a fluidos corporais, e após o contato com áreas próximas ao paciente⁽⁸⁾.

Estudo realizado na região Sul de Santa Catarina mensurou a qualidade da HM dos profissionais de enfermagem em Unidades Básicas de Saúde e constatou que o percentual de adesão à HM foi de 31,7% mediante procedimentos clínicos, apontando uma baixa adesão à HM nestes serviços⁽⁸⁾. Revisão sistemática da literatura aponta frequências de HM

inferiores a 50% embora haja entendimento do impacto desta na redução de infecções⁽⁷⁾. Outros estudos também evidenciam essa exígua adesão^(6,9).

A OMS, desde 2008, visando melhorar a adesão à HM, estimula a implantação da estratégia multimodal ou multifacetada, composta por: adequação da estrutura da instituição com a disponibilização de piaas, sabonete, papel toalha e solução alcoólica; treinamento e educação regular das equipes; avaliação periódica da HM com *feedback* para os profissionais; utilização de cartazes atuando como lembretes para os profissionais e informativos para pacientes e visitantes; e criação de um clima de segurança institucional no qual os sujeitos de todos os setores agem para promover a HM⁽⁵⁾.

Embora haja esforços para aumentar a adesão dos profissionais à HM, nota-se que esta prática ainda não se encontra totalmente incorporada às rotinas de trabalho, fato que propicia a transmissão de microrganismos e expõe os profissionais de enfermagem ao risco biológico. Sendo assim, objetivou-se com este estudo avaliar a HM, por meio de indicadores de avaliação da infraestrutura e processo, e verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a prática de HM.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em um Hospital Escola, com 32 leitos, do município de São Carlos, São Paulo, Brasil, nas unidades de internações clínicas adulto e pediátrica e na emergência.

Fizeram parte do estudo, 33 profissionais de enfermagem, enfermeiros e técnicos, que trabalham na instituição nos plantões matutino, vespertino e noturno, e que, após orientação sobre o estudo, concordaram em participar do mesmo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Inicialmente, os sujeitos foram informados de que o estudo tratava-se de medidas preventivas de IRAS, não sendo especificado de que tratava-se apenas de HM, para que não houvesse mudança de comportamento em decorrência da pesquisa. Ao final da coleta de dados, os mesmos foram esclarecidos acerca do objetivo específico do estudo e tiveram a opção de retirar o consentimento.

A coleta de dados, realizada no período de setembro a dezembro de 2011, ocorreu em dois momentos. Primeiramente foi realizada a observação

direta e sistematizada da prática de enfermagem visando identificar as oportunidades de HM e a efetiva realização desta prática e, a adequação da estrutura física oferecida pela instituição. Após as observações, aplicou-se um instrumento para identificar o conhecimento dos profissionais sobre o tema.

O primeiro momento constou de 144 horas de observação da prática profissional, de modo que cada turno de trabalho de cada setor recebeu 12 horas de observação divididas em três dias diferentes e aleatórios. Os profissionais foram acompanhados pelo observador – graduando em enfermagem, autor da pesquisa e capacitado para tal função por meio de revisão de literatura sobre o tema e metodologia a ser aplicada – durante a execução dos procedimentos, de modo que não houvesse interferência nos mesmos. Utilizou-se um instrumento, no formato de *check-list*, do Manual de Avaliação da Qualidade de Práticas de Controle de Infecção Hospitalar⁽¹⁰⁾. Realizou-se, em um período de quatro horas, um estudo piloto para adaptação do observador ao ambiente estudado e ao instrumento utilizado.

Com relação às oportunidades de HM, considerou-se que o profissional possuía duas oportunidades para cada procedimento realizado no paciente, sendo uma antes e outra após o mesmo, visando identificar em quais delas a HM foi efetiva.

Em relação à infraestrutura da instituição avaliaram-se as condições das pias incluindo presença de sabão líquido, dispensadores funcionando adequadamente, disponibilidade de papel toalha e ausência de outras irregularidades (toalha de pano, dispensador sujo, falta de água, torneira quebrada, sujeira visível na pia e outros). A pia foi considerada adequada quando atendeu a todos os itens acima⁽¹⁰⁾. Não foi avaliada a disponibilidade de solução alcoólica na instituição, por meio da observação sistematizada, portanto, a estrutura da mesma foi avaliada somente para a lavagem das mãos e não para a higiene das mãos.

Os procedimentos foram organizados em planilhas do programa Microsoft Excel® e agrupados em: risco de exposição a fluidos corporais, contato com o paciente, procedimentos invasivos, contato com objetos inanimados e superfícies e outros procedimentos, com base no Manual de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde proposto pela ANVISA⁽¹¹⁾. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva (média, frequência relativa e absoluta).

Após a observação foi calculado o Indicador de Avaliação da Adesão à Higiene das Mãos e o Indicador de Avaliação da Infraestrutura para Lavagem das Mãos, por meio das fórmulas do referido Manual⁽¹⁰⁾. O primeiro é calculado por meio da divisão entre o número de oportunidades de HM aproveitadas, ou seja, que o profissional lavou as mãos, e o número total de oportunidades identificadas; multiplicado por 100. Já o segundo é calculado através da divisão entre o número de avaliações adequadas e o número total de avaliações; multiplicado por 100⁽¹⁰⁾.

No segundo momento aplicou-se um questionário, individual e fechado, aos profissionais de enfermagem participantes da observação identificando o conhecimento destes sobre o tema. O mesmo, composto por seis questões de múltipla escolha, foi respondido durante o processo de trabalho imediatamente após a entrega, e abordou a oferta de insumos necessários para a HM, as situações em que esta deveria ser realizada, os produtos a serem utilizados e os fatores dificultadores desta prática.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário Central Paulista (UNICEP) (Parecer N° 038/2011), conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, vigente no período do estudo.

RESULTADOS

Participaram do estudo 33 (64,7%) profissionais de enfermagem, sendo oito (24,2%) enfermeiros e 25 (75,8%) técnicos, com idade média de 34,7 anos e tempo médio de formação profissional de 10,4 anos.

Foram observados 603 procedimentos e, portanto, 1206 oportunidades de HM, com adesão à prática de HM em 481 (39,9%) oportunidades. Destas, 208 (104 procedimentos) foram realizadas nos dois momentos, antes e após o procedimento. Isso indica, que a taxa de higienização correta das mãos foi de 17,2%.

Dentre os 603 procedimentos observados, em 35 houve a realização da HM somente antes do mesmo, exibindo uma taxa de 5,8%. Em 238 procedimentos, a HM foi realizada exclusivamente após o mesmo, obtendo taxa de 39,5%. E em 226 procedimentos observados, não houve HM em nenhum momento, totalizando 452 oportunidades perdidas.

Na Tabela 1 são apresentadas as frequências relativas de adesão à HM antes e após, somente antes ou após os procedimentos, além do Indicador de Adesão à HM para cada grupo de procedimentos.

Em relação à estrutura para HM, foram avaliadas 10 pias durante três dias aleatórios, totalizando 30 observações, das quais 83,3% encontravam-se em conformidade com os itens preestabelecidos pelo indicador utilizado⁽¹⁰⁾. Inadequações foram encontradas em cinco observações nas quais o dispensador de papel-toalha encontrava-se vazio.

Segundo avaliação dos profissionais, os itens papel-toalha (27%), álcool a 70% (21%) e sabonete líquido (15%) foram apontados como insuficientes (Tabela 2).

Em relação aos produtos utilizados para HM, todos os profissionais informaram sempre utilizar o sabão líquido; 11 (33,3%) sempre utilizar o álcool

a 70%, 19 (57,6%) o utilizar às vezes e três (9,1%) raramente utilizar este produto.

Na Figura 1 encontram-se os produtos mencionados pela equipe para a HM, segundo situações preestabelecidas baseadas nas recomendações da ANVISA quanto ao produto a ser utilizado para cada situação⁽¹¹⁾.

Em todas as HM observadas, utilizou-se água e sabão, não ocorrendo a utilização de soluções alcoólicas ou outras substâncias.

Frente a situações preestabelecidas, os participantes informaram a frequência com que realizam a HM (Figura 2).

Sobre os aspectos que dificultam a prática de HM, 60,6% dos profissionais indicaram que a pressa é um fator contribuinte para a não adesão, seguido de falta de tempo (30,3%), esquecimento (21,1%), distância da pia (18,2%), falta de exemplo de ou-

Tabela 1 - Distribuição da taxa de adesão à higienização das mãos pelos profissionais da equipe de enfermagem de um hospital-escola e indicador de adesão à higienização das mãos por grupo de procedimentos. São Carlos, SP, Brasil, 2011.

Grupo de procedimentos	HM antes e após (%)	HM antes (%)	HM após (%)	Ausência de HM (%)	Indicador de Adesão à HM (%)
Risco de exposição aos fluidos corpóreos	40,6	3,1	46,9	9,4	65,6
Contato com o paciente	21,9	5,0	25,6	47,5	37,2
Manipulação de dispositivos invasivos	17,1	6,5	46,9	29,5	43,8
Contato com objetos inanimados e superfícies próximas ao paciente	6,0	6,0	42,2	45,8	30,1
Outros procedimentos	7,5	5,7	34,0	52,8	27,4

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2 - Avaliação dos profissionais sobre a disponibilidade de insumos para a HM. São Carlos, SP, Brasil, 2011.

Insumos	Suficiente		Insuficiente		Inexistente	
	N*	%	N	%	N	%
Pias	30	91	3	9	-	-
Sabonete líquido	28	85	5	15	-	-
Papel toalha	24	73	9	27	-	-
Lixo comum	33	100	-	-	-	-
Álcool a 70%	26	79	7	21	-	-

Fonte: Dados da pesquisa. *n33

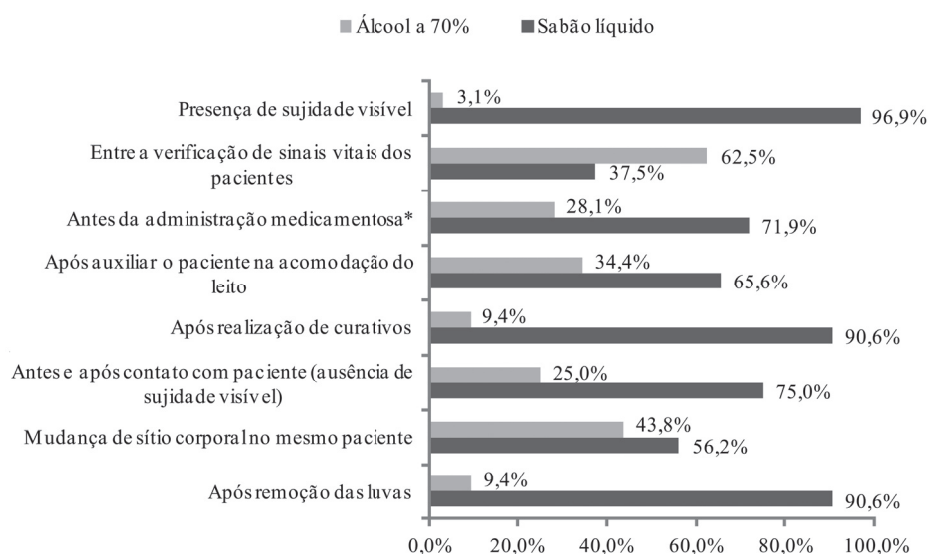


Figura 1 - Distribuição das respostas dos profissionais de enfermagem quanto ao tipo de produto (sabão líquido ou álcool a 70%) escolhido para HM diante de situações preestabelecidas. São Carlos, SP, Brasil, 2011.

*Vias de administração medicamentosa oral, sublingual, intravascular, intramuscular e subcutânea.

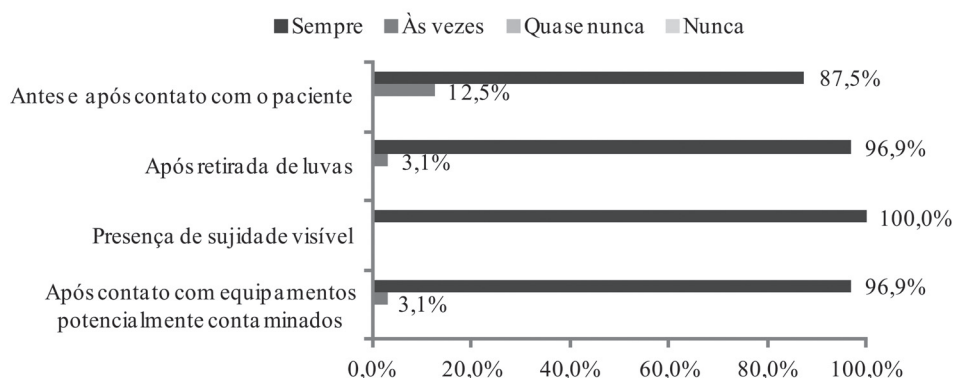


Figura 2 - Distribuição das respostas dos profissionais de enfermagem quanto à frequência de HM em situações previamente estabelecidas. São Carlos, SP, Brasil, 2011.

tros profissionais (15,2%), ressecamento da pele (15,2%), falta de pessoal (12,1%), desconhecimento da necessidade de HM (12,1%), má distribuição dos dispensadores (12,1%) e alergia ao produto disponível (9,1%).

DISCUSSÃO

A adequada HM por parte dos profissionais que atuam nos serviços de saúde é considerada a principal medida de prevenção e controle das IRAS, além de ser um método simples e barato, devendo

ocorrer antes e após a assistência prestada, independente do uso de luvas⁽¹²⁾. Este estudo corrobora com a literatura^(9,13) à medida que revela que esta prática ainda não está totalmente incorporada à rotina de trabalho destes profissionais.

Observou-se que em todos os grupos de procedimentos (Tabela 1) o índice de HM obtido foi muito abaixo de 100%, preconizado pelo manual de referência⁽¹⁰⁾. Estudos semelhantes demonstram taxas de HM inferiores a 50%^(6,7), e identificam discrepância entre o conhecimento dos profissionais e a prática observada⁽⁷⁾.

No presente estudo, apenas diante do risco de exposição a fluidos corporais houve índice de conformidade acima de 50% (65,6%). Entretanto, houve um baixo aproveitamento das oportunidades totais de HM (39,9%), dado similar ao encontrado em outro estudo⁽⁶⁾.

Destaca-se que somente a frequência de HM não é o suficiente para a redução da disseminação de patógenos, necessitando também de adequada execução da técnica de HM para que se possa garantir uma adesão adequada à HM, contudo, a execução da técnica não era prevista pelos indicadores utilizados, não sendo abordada neste estudo.

Assim como apontado pela literatura⁽¹⁴⁾ foi observada uma discrepância entre a adesão à HM observada e a referida pela equipe de enfermagem do hospital pesquisado, cujo índice de conformidade observado fora menor do que o relatado pelos profissionais.

Observou-se que a HM ocorre com maior frequência após a realização de procedimentos (39,5%), dado corroborado pela literatura^(6,9). Esse fato pode indicar que a preocupação dos profissionais com a própria proteção prevalece quando comparada à segurança do paciente⁽⁶⁾.

Tal situação é preocupante, pois a não adesão à HM antes do procedimento, principalmente os invasivos, pode ser importante fonte de contaminação para o paciente. Por outro lado, o contato de mãos não higienizadas com objetos inanimados e superfícies próximas ao paciente pode propiciar a colonização desses locais, transformando-os em reservatórios de microrganismos⁽¹¹⁾, situações encontradas em 45,8% das observações deste estudo.

Nestas situações em que a HM não é realizada, a segurança do paciente fica comprometida, pois a probabilidade de ocorrer infecção cruzada é grande, já que as mãos do profissional atuam como disseminadoras de microrganismos, podendo carregar inclusive, microrganismos multirresistentes, os quais são alvo de intensa preocupação nos hospitais. Tais microrganismos apresentam resistência a duas ou mais classes de antimicrobianos o que dificulta o tratamento das infecções gerando sofrimento ao paciente e ônus ao sistema de saúde⁽¹²⁾.

Visto que os microrganismos são disseminados por contato direto entre as pessoas, ou indiretamente, por meio de superfícies e equipamentos contaminados, evidencia-se que não só a HM se faz importante como também a limpeza e

desinfecção dos objetos inanimados e superfícies próximas ao paciente⁽¹²⁾.

Vale ressaltar que a inspeção visual dos objetos e superfícies não é um método confiável de avaliação de limpeza. Estudo evidenciou que 80% destes materiais foram aprovados por tal método⁽¹⁵⁾. Entretanto, após análise, 81% e 26% dos mesmos foram reprovados por conter adenosina trifosfato - que é derivada de matéria orgânica e microrganismos - e bactéria *Staphylococcus aureus*, respectivamente, mesmo após realização de limpeza pela equipe de higienização do hospital. Demonstra-se, portanto, que superfícies e objetos podem atuar como reservatórios de patógenos contribuindo para disseminação destes, mesmo quando aparentemente limpas.

Quanto aos produtos utilizados para HM a preferência pelo uso de água e sabão é evidente em detrimento da solução alcoólica. Estudo⁽¹⁶⁾ demonstrou a eficácia de produtos a base de álcool em mãos sujas com sangue e contaminadas com *Serratia marcescens* ao verificar que os três produtos testados (álcool-gel a 62%, álcool-gel a 70% e álcool líquido a 70% com 2% de glicerina) produziram redução bacteriana de cerca de 99,9%, sendo mais eficazes que soluções degermantes. No entanto, a lavagem das mãos ainda é recomendada como a primeira opção nas situações em que as mãos estiverem visivelmente sujas⁽¹²⁾, sendo indicada a utilização do álcool, nas demais situações⁽¹⁶⁾.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), da ANVISA, nº 42, de setembro de 2010⁽¹⁷⁾ a preparação alcoólica para HM sob as formas gel, espuma e outras deve conter uma concentração final mínima de 70% com atividade antimicrobiana comprovada, enquanto a preparação alcoólica para HM sob a forma líquida deve conter álcool com concentração final entre 60% a 80%. Portanto, pode-se inferir que o álcool a 70% em qualquer formulação pode ser utilizado para HM, visto que contém a concentração recomendada para sua eficácia.

Entende-se que tão importante quanto os recursos materiais disponíveis, é a estrutura física do serviço de saúde para a HM. Em 2002 foi publicada, pela ANVISA, a RDC nº 50 que dispõe sobre normas e projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, definindo a obrigatoriedade de provisão de lavatórios de uso exclusivo para HM pela equipe de assistência, devendo ser inserida uma em cada quarto de enfermagem (quando no interior

desta) ou uma a cada quatro quartos, quando no exterior desta⁽¹²⁾.

Tendo por valor ideal 100%, a instituição analisada apresentou 83,3% de conformidade para a infraestrutura para HM, o que indica que não foram encontradas condições insatisfatórias como sujidade visível na pia ou no dispensador, toalha de pano, torneira quebrada ou falta de água. Entretanto, a indisponibilidade de papel toalha por alguns períodos devido à demora na reposição do mesmo, pode diminuir a adesão e eficácia da HM já que a secagem das mãos é uma das etapas da técnica.

Vários são os fatores que interferem na tomada de decisão acerca da adesão ou não à prática de HM, como: esquecimento, desconhecimento da sua importância, distância da pia, irritação da pele e falta de materiais⁽¹⁸⁾. Nesta pesquisa a pressa (27%) e a falta de tempo (14%) foram apontadas como importantes dificultadores da adesão à HM.

Há disponível, eletronicamente, um guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da HM⁽¹⁹⁾, que identifica como estratégias para a HM: o acesso às preparações alcoólicas e demais insumos para este fim e o fornecimento de instrução adequada e eficaz.

Estudo desenvolvido no Paraná, em uma Unidade de Terapia Intensiva, evidenciou que após intervenção com materiais educativos, discussão sobre a temática em pequenos grupos e disponibilização de álcool em gel à equipe, houve um aumento significativo da taxa de adesão global à HM, de 21,7% para 28% ($p=0.039$)⁽²⁰⁾.

Ressalta-se a necessidade de se avaliar estratégias que incentivem a HM por meio do diagnóstico situacional da instituição, auxiliando nas mudanças comportamentais dos profissionais de saúde, garantindo a qualidade da assistência prestada⁽⁶⁾.

No ambiente pesquisado, identificou-se que a educação sobre o uso de solução alcoólica, para a equipe de enfermagem, pode constituir estratégia importante de adesão à HM, considerando-se os fatores pressa e falta de tempo, visto que a HM com álcool, em substituição ao uso de água e sabão, reduz pela metade o tempo gasto nesta prática⁽¹²⁾, já que o produto é disponibilizado pela instituição segundo 79% dos sujeitos. Além da otimização do tempo da equipe, a solução alcoólica apresenta como vantagem, a possibilidade de transporte até o leito do paciente e outros locais distantes de pias, característica importante para o aumento da adesão à HM⁽¹²⁾.

CONCLUSÕES

O uso de indicadores para avaliação da conformidade permitiu quantificar a taxa de HM dos profissionais de enfermagem do hospital desta pesquisa, e esta, apesar da adequada infraestrutura oferecida pela instituição, está muito aquém do esperado.

Embora os profissionais tenham conhecimento dos momentos em que a HM deve ocorrer e sua importância, não foi identificada frequência condizente com este fato. Ademais, a HM foi mais frequente após os procedimentos indicando maior preocupação com a segurança do profissional em relação a do paciente.

A pressa e a falta de tempo foram apontadas pelos profissionais como importantes dificultadores para a adesão à HM. Portanto, implementar estratégias de ampliação do uso de solução alcoólica e a realização de ações educativas sobre este produto, são indicadas para melhoria dos fatores limitantes da HM.

Os dados obtidos nesse trabalho representam a realidade de uma única instituição de pequeno porte, o que pode ser considerado uma limitação do estudo. Além disso, não foram encontrados estudos que avaliassem tais questões utilizando-se dos mesmos índices de conformidade dos indicadores aqui analisados, fato que impediu uma comparação mais precisa dos achados com outros serviços.

Estimula-se a realização de trabalhos que utilizem indicadores, além daqueles que avaliem a realização da técnica correta de HM e intervenções acerca desta prática, visando a melhoria da adesão pelos profissionais de saúde à HM, da segurança do paciente e redução e controle das IRAS.

REFERÊNCIAS

- 1 Almeida ANG, Tipple AFV, Souza ACS, Brasileiro ME. Risco biológico entre os trabalhadores de enfermagem. Rev Enferm UERJ. 2009;17(4):595-600.
- 2 Coelho MS, Arruda CS, Simões SMF. Higiene de mãos como estratégia chave em el control de infección hospitalaria: um estudio cuantitativo. Enferm Global. 2011;10(21).
- 3 World Health Organization. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide: a systematic review of the literature. Geneva; 2011.
- 4 Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Indicador nacional das infecções

- relacionadas à assistência à saúde. Boletim Informativo sobre Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2011 jan-jul;1(3).
- 5 World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge: clean care is safer care. Geneva; 2009.
 - 6 Primo MGB, Ribeiro LCM, Figueiredo LFS, Sirico SCA, Souza MA. Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um hospital universitário. Rev Eletr Enf. 2010;12(2):266-71.
 - 7 Cruz EDA, Pimenta F, Palos MAP, Silva SEM, Gir E. Higienização de mãos: 20 anos de divergências entre a prática e o idealizado. Cienc Enferm. 2009;15(1):33-8.
 - 8 Locks L, Lacerda JT, Gomes E, Serratine ACP. Qualidade da higienização das mãos de profissionais atuantes em unidades básicas de saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2011; 32(3):569-75.
 - 9 Figueiredo RM, Maroldi MAC. Internação domiciliar: risco de exposição biológica para a equipe de saúde. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(1):145-50.
 - 10 Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (BR), Divisão de Infecção Hospitalar, Centro de Vigilância Epidemiológica. Manual de avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar. São Paulo; 2006.
 - 11 Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília; 2007.
 - 12 Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos. Brasília, 2009.
 - 13 Cardoso ACM, Figueiredo RM. Situações de risco biológico presentes na assistência de enfermagem nas unidades de saúde da família (USF). Rev Latino-Am Enfermagem. 2010;18(3):[06 telas].
 - 14 Al-Wazzan B, Salmeen Y, Al-Amiri E, Abul A, Bouhaimed M, Al-Taiar A. Hand hygiene practices among nursing staff in public secondary care hospitals in Kuwait: self-report and direct observation. Med Princ Pract. 2011;20(4):326-31.
 - 15 Ferreira AM, Andrade D, Rigotti MA, Ferreira MVF. Condições de limpeza de superfícies próximas ao paciente, em uma unidade de terapia intensiva. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011;19(3):[08 telas].
 - 16 Kawagoe JY, Graziano KU, Martino MDV, Siqueira I, Correa L. Bacterial reduction of alcohol-based liquid and gel products on hands soiled with blood. Am J Infect Control. 2011;39(9):785-7.
 - 17 Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n. 42, de 25 de outubro de 2010: dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2010 out 26;157(205) Seção 1:27-8.
 - 18 Oliveira AC, Cardoso CS, Mascarenhas D. Precauções de contato em unidade de terapia intensiva: fatores facilitadores e dificultadores para adesão dos profissionais. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(1):161-5.
 - 19 Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guia para implementação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2008.
 - 20 Prado MF, Oliveira CJ, Nascimento TMB, Melo WA, Prado DB. Estratégia de promoção à higienização das mãos em unidade de terapia intensiva. Cienc Cuid Saúde 2012; 11(3):557-64.

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address**

Thaíne Cristina Romualdo dos Santos
Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos
Rod. Washington Luís, km 235
13565-905, São Carlos, SP
E-mail: thaine_romualdo@hotmail.com

Recebido em: 02.07.2013
Aprovado em: 17.01.2014